

Wypełnia sekretariat PCPR

Wypełnia PCPR

Nr sprawy PCPR.IVs.8213-6 / /200

Wniosek komplety przyjęto do PCPR
w Olsztynie
w dn.

Pieczętka i podpis pracownika PCPR

W N I O S E K

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osobie
prawnej lub jednostce organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej**

A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY *(wypełnić drukowanymi literami)*

.....
(pełna nazwa wnioskodawcy)

nr Regon nr NIP

nr kodu..... poczta
(siedziba - dokładny adres)

miejsowość

ulica nr domu

nr telefonu (z numerem kierunkowym)

I.A. STATUS PRAWNY I PODSTAWA DZIAŁANIA WNIOSKODAWCY

Status prawny	
Data wpisu do rejestru sądowego i numer	
Organ założycielski	
Czy Wnioskodawca jest przedsiębiorcą	
Czy Wnioskodawca jest Zakładem Pracy Chronionej	

I. B. INFORMACJA O FINANSOWANIU WNIOSKODAWCY

Czy Wnioskodawca jest płatnikiem podatku VAT	Tak*/nie*
Nazwa banku obsługującego Wnioskodawcę oraz numer rachunku bankowego	
Źródła finansowania działalności Wnioskodawcy	
Źródła finansowania działalności podmiotu, którego dotyczy wniosek	

I. C. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO PROWADZENIA SPRAWY

Imię i nazwisko, nr telefonu osoby realizującej zadanie (ze strony Wnioskodawcy)	
Imię i nazwisko, nr telefonu osoby realizującej zadanie (ze strony użytkownika obiektu)	

I.D. INFORMACJE O REALIZACJI OBOWIĄZKU WPLĄT NA RZECZ PFRON PRZEZ WNOSKODAWCĘ

Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do wpłat na rzecz PFRON	Tak:	Nie:
Proszę podać podstawę zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON	
Czy Wnioskodawca zalega z wpłatami na rzecz PFRON	Tak:	Nie:
Kwota zaległości	

**I.E. INFORMACJE O ZATRUDNIENIU I REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH:**

Wnioskodawca zatrudnia ogółem osób (w przeliczeniu na etaty)	etatów	
Wnioskodawca zatrudnia osoby niepełnosprawne (w przeliczeniu na etaty)	etatów	
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych	%	
Wnioskodawca prowadzi działalność dla osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie rehabilitacji:			
zawodowej		lecniczej społecznej	
Liczba osób niepełnosprawnych objętych działalnością rehabilitacyjną (przeciętnie w miesiącu)			
w tym:	Do lat 18.....	Powyżej lat 18.....	Razem.....

II. DANE O ZADANIU WNIOSKOWANYM DO REALIZACJI

**II.A. OKREŚLENIE OBIEKTU I JEGO ADRESU W KTÓRYM MA BYĆ
REALIZOWANE ZADANIE**

nazwa.....

miejsowość.....

ulica.....nr.....

II.B. NAZWA ZADANIA WNIOSKOWANEGO DO REALIZACJI

nazwa.....

.....

II.C. WNIOSKODAWCA UBIEGA SIĘ O DOFINANSOWANIE IMPREZY

sportowej	
kulturalnej	
turystycznej	
rekreacyjnej	

II.D. LICZBA UCZESTNIKÓW PLANOWANEJ IMPREZY

liczba uczestników ogółem	
w tym osób niepełnosprawnych	
co stanowi % uczestników	

II.E. KRÓTKI OPIS ZADANIA I CEL DOFINANSOWANIA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II.F. PRZEWIDYWANE EFEKTY REALIZACJI ZADANIA DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II.G. TYTUŁ PRAWNY DO NIERUCHOMOŚCI, W KTÓRYM MA BYĆ REALIZOWANE ZADANIE

1. Własność nieruchomości	
2. Użytkowanie wieczyste nieruchomości:	
3. Zarząd, użytkowanie, najem, użyczenie, dzierżawa nieruchomości:	
4. Umowa najmu na okres realizacji zadania	

II.H. PLANOWANE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA ZADANIA

Całkowita wartość zadania wynikająca z załączonego preliminarza	zł
---	----

1. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – ponad obowiązkowe 40 %	%
2. Deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%
3. Procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON	%

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:

cyframi:.....

(słownie.....zł)

II.I. PLANOWANY TERMIN REALIZACJI ZADANIA

termin rozpoczęcia.....

termin zakończenia.....

**II.J. LICZBA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, DLA KTÓRYCH PLANOWANE
JEST PRZEDSIĘWZIĘCIE¹**

1. 100 osób i powyżej	
2. od 50 – 99 osób	
3. od 25 – 49 osób	
4. poniżej 25 osób	

II.K. INNE INFORMACJE, KTÓRE WNIOSKODAWCA UWAŻA ZA ISTOTNE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**III. DANE O POMOCY UZYSKANEJ PRZEZ WNIOSKODAWCĘ ZE ŚRODKÓW
PUBLICZNYCH**

III.A. CZY WNIOSKODAWCA JEST PRZEDSIĘBIORCĄ

TAK **lub** **NIE.....**

III.B. CZY WNIOSKODAWCA PROWADZI ZAKŁAD PRACY CHRONIONEJ

TAK..... **lub** **NIE.....**

¹ Wstaw X we właściwej rubryce

III.C. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				TAK:	NIE:
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło PFRON; <i>Samorząd powiatowy</i>
W tym na rzecz:					

IV. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

Nazwa załącznika (kolejno ponumerowanego)	Informacje
1. Aktualny wypis z rejestru sądowego lub inny dokument potwierdzający status prawny Wnioskodawcy	
2. Statut (regulamin organizacyjny)	
3. Dokument potwierdzający prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lata	
4. Dokument potwierdzający posiadanie konta bankowego	
5. Preliminarz kosztów organizacji imprezy	
6. Program merytoryczny imprezy z określeniem celu realizacji	
7. Dokumenty potwierdzające posiadanie środków własnych lub uzyskanych z innych źródeł na sfinansowanie zadania w wysokości nie objętej dofinansowaniem środkami Funduszu	
8. Kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej	
9. Oświadczenie o nie zaleganiu z wpłatami na PFRON bądź podanie podstawy prawnej dotyczącej zwolnienia z wpłat na Fundusz	
10. Oświadczenie Wnioskodawcy, że nie posiada wymagalnych Zobowiązań wobec Funduszu	
11. Lista niepełnosprawnych uczestników imprezy wraz z podaniem adresu zamieszkania	

V. DANE OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO REPREZENTOWNIA WNOSKODAWCY

1.

.....
(imię i nazwisko, stanowisko)

upoważniony na podstawie.....
(wypis z rejestru Sądu lub inny dokument)

2.

.....
(imię i nazwisko, stanowisko)

upoważniony na podstawie.....
(wypis z rejestru Sądu lub inny dokument)

3.

.....
(imię i nazwisko, stanowisko)

upoważniony na podstawie.....
(wypis z rejestru Sądu lub inny dokument)

Upředzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku, wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji Dyrektora Centrum

.....
(data i podpis osoby/osób upoważnionej/
upoważnionych do reprezentowania
wnioskodawcy*)

* niepotrzebne skreślić

